

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

---

# Efectividad de una intervención educativa sobre la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo realizada en alumnos de Bachillerato de Coslada

---

## Proyecto de investigación

*Effectiveness of an educational intervention on the reduction of risky sexual behaviors in high school students from Coslada*  
*Investigation project*

**Autora:** Elena López Mulero

**Tutora:** Juana Robledo Martín

Grado en Enfermería

Curso 2019/20



### *Agradecimientos*

En primer lugar quiero agradecer a mi familia por haberme apoyado durante estos 4 años, pero sobre todo estos últimos meses, ya que no podría haber hecho esto sin ellos. En especial, quiero agradecer a mi hermana María, por ser siempre el espejo en el que mirarme y por haberme enseñado lo bonita que es esta profesión.

Gracias a mis compañeras Paula, Helena y Mady, por haber compartido conmigo los 4 años más felices de mi vida y porque sé que compartiremos muchos más. Estoy feliz de saber que el futuro de la Enfermería cuenta con vosotras.

Por último, quiero agradecer a mi tutora, Juana Robledo, por haberme guiado durante este trabajo y por su paciencia resolviendo todas y cada una de mis dudas, además de su apoyo y motivación. Este trabajo no habría sido posible sin su ayuda.



## **Resumen**

La adolescencia es un periodo crucial en la etapa vital del ser humano, donde cobra gran importancia la sexualidad ya que influye en el desarrollo de la identidad del individuo. La educación sexual es necesaria para el desarrollo equilibrado de las habilidades y destrezas necesarias para mantener una sexualidad saludable. Son numerosos los programas enfocados a la educación sexual y los estudios realizados para la determinación de su eficacia. Sin embargo, es escasa la evidencia en el contexto español, es por ello por lo que se plantea la realización de este estudio. El objetivo principal es determinar la efectividad de una intervención educativa con alumnos de Bachillerato de Coslada para disminuir los comportamientos sexuales de riesgo en esta población, lo que permitirá fomentar una sexualidad sana y responsable contribuyendo a la prevención de consecuencias físicas y psicológicas derivadas de los comportamientos inadecuados. Así, el desarrollo de esta investigación permitirá reducir las tasas de salud pública relativas a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, con la posibilidad de implementar la intervención a nivel de la Comunidad de Madrid, contribuyendo también al conocimiento de la efectividad de las intervenciones educativas en el ámbito nacional.

**Palabras clave:** Adolescente, Educación Sexual, Conducta Sexual, Enfermedades de Transmisión Sexual, Anticonceptivos.

## **Abstract**

Adolescence is a crucial period in the life stage of the human being, where sexuality takes on great importance as it influences the development of the individual's identity. Sex education is necessary for the balanced development of the skills and abilities needed to maintain a healthy sexuality. There are numerous programmes focused on sex education and studies carried out to determine its effectiveness. However, there is little evidence in the Spanish context, which is why this study is being proposed. The main objective is to determine the effectiveness of an educational intervention with students of Coslada High School to reduce risky sexual behaviors in this population, which will enable the promotion of healthy and responsible sexuality by contributing to the prevention of physical and psychological consequences arising from inappropriate behaviour. Thus, the development of this research will make it possible to reduce public health rates relating to the sexual and reproductive health of the adolescent population, with the possibility of implementing intervention at the level of the Community of Madrid, contributing also to the knowledge of the effectiveness of educational interventions at the national level.

**Keywords:** *Adolescent, Sex Education, Sexual Behaviour, Sexually Transmitted Diseases, Contraceptive Agents.*



# ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	1
La adolescencia y la sexualidad .....	1
Conducta sexual de riesgo.....	3
Acceso a la información.....	4
Educación sexual.....	4
Programas y estudios realizados .....	6
Justificación.....	9
<b>Hipótesis</b> .....	10
<b>Objetivos</b> .....	180
Objetivo general .....	180
Objetivos específicos.....	180
<b>Metodología</b> .....	19
Tipo de estudio .....	19
Sujetos de estudio.....	19
Criterios de inclusión en el estudio .....	19
Criterios de exclusión en el estudio.....	12
Ámbito de estudio .....	12
Tamaño muestral .....	120
Variables.....	120
Recogida y análisis de los datos .....	13
Limitaciones del estudio.....	15
Consideraciones éticas .....	17
<b>Plan de trabajo</b> .....	18
<b>Medios disponibles para la realización del trabajo</b> .....	20
Equipo investigador.....	20
Recursos .....	20
<b>Plan de difusión</b> .....	21
Divulgación de resultados .....	21
Utilidad práctica .....	22
<b>Bibliografía</b> .....	22
<b>Anexos</b> .....	28
Anexo I. Intervención educativa .....	28
Anexo II. Cuestionario general .....	33
Anexo III. Escala sobre el Nivel de Conocimiento del VIH y otras ITS (ECI) modificada .....	34
Anexo IV. Escala de Índice de Conductas Sexuales de Riesgo (ICSR) .....	37



Anexo V. Escala de percepción del riesgo .....	39
Anexo VI. Escala de actitudes y conocimientos hacia los métodos anticonceptivos .....	40
Anexo VII. Evaluación de las sesiones. ....	41
Anexo VIII. Consentimiento informado para padres con hijos en el grupo experimental. ....	42
Anexo IX. Consentimiento informado para padres con hijos en el grupo control. .	44
Anexo X. Consentimiento informado para alumnos del grupo experimental.....	46
Anexo XI. Consentimiento informado para alumnos del grupo control. ....	48

## Introducción

La sexualidad forma parte de todo el ciclo vital, construyendo la personalidad de todo ser humano y su desarrollo depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas. La salud sexual persigue, por tanto, el bienestar personal y el desarrollo de relaciones interpersonales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja en la esfera de la formación y el desarrollo de la salud sexual y la salud reproductiva desde 1974, cuando un grupo de expertos en sexualidad humana se reunió para elaborar un informe sobre la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito.<sup>1</sup> Sin embargo, no es hasta 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (CIPD)<sup>2</sup>, cuando se incorpora la definición de salud sexual a la ya declarada de salud reproductiva. Aquí, quedan definidas la salud sexual y reproductiva como *“derechos humanos relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad...”*<sup>3</sup>. En el Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia en 1997<sup>4</sup> se reconocen los derechos sexuales como derechos humanos universales, *“basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos”*, aprobados dos años más tarde en el 14º Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong. Desde entonces, y en los años posteriores, se fue reconociendo la carga mundial para la salud causada por afecciones relativas a la salud sexual y reproductiva y aumentó la concienciación social. Finalmente, en 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que destaca un objetivo clave como es *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*, con una meta establecida para 2030: garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.<sup>5</sup>

### La adolescencia y la sexualidad

La adolescencia se describe como un constructo social variable en función del entorno y el contexto. Generalmente se define como la etapa de la vida entre pubertad y adultez, y diferentes entidades de las Naciones Unidas la enmarcan entre los 10 y los 19 años.<sup>6</sup> No solo la edad es una forma de definición, sino que también puede explicarse en términos de desarrollo emocional, moral, social, físico o cognitivo.

Esta etapa está caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, donde se suceden transformaciones fisiológicas, psicológicas y sociales mediadas por las

hormonas.<sup>7</sup> Es también un momento en el que se produce un desarrollo psicológico que, a menudo, supone una percepción confusa de la autoimagen que lleva a los individuos a tomar una actitud de oposicionismo, impulsividad, omnipotencia... que conducen a la asunción de conductas de riesgo poniéndoles en una situación de especial vulnerabilidad.<sup>8</sup>

Es en esta etapa cuando cobra un especial significado la sexualidad, ya que influirá en la construcción de la identidad del individuo, se conocen a ellos mismos de manera diferente a como lo hacían antes, adquieren nuevos roles y nuevas experiencias.<sup>9</sup> Es por ello por lo que las conductas sexuales del adolescente deben tomarse como un método de exploración, de la búsqueda de identidad, es decir, forma parte de su desarrollo y es elemento fundamental de la formación de su personalidad. Sin embargo, las decisiones asociadas al desarrollo sexual a menudo implican importantes consecuencias para la salud y educación, así como para las relaciones<sup>10</sup> debido a la incapacidad que presentan los adolescentes para comprender conceptos complejos o relacionar conductas y consecuencias referidas al comportamiento sexual.<sup>11</sup> Por ello, el desarrollo sexual saludable es, además de un derecho reconocido, un objetivo importante en la adolescencia, por lo que es responsabilidad conjunta de padres, servicios de salud y orientación facilitar un entorno seguro y favorable para esta población.

La sexualidad adolescente ha ido evolucionando, pues ahora se observa una tendencia a la igualdad en las conductas sexuales entre chicos y chicas, los roles están experimentando cambios que aproximan a las chicas al estereotipo de comportamiento sexual masculino<sup>12</sup>. Estos cambios se pueden observar en la edad de inicio de las relaciones sexuales, con una edad media global de 16'4 años, según la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Anticoncepción entre los jóvenes españoles<sup>13</sup>. Sin embargo, hay aspectos en los que todavía se observan grandes diferencias, como es el caso de la iniciativa para iniciar las relaciones sexuales, pues el 67'9% de los hombres refiere iniciarlas frente al 33'1% de las mujeres.<sup>13</sup> Otro aspecto diferencial es que, a pesar de que ambos sexos comprenden y apoyan el derecho a mantener relaciones sexuales siempre que lo decidan, no tienen los mismos motivos: las mujeres prefieren las relaciones sexuales o de pareja siempre que exista afecto como motivación, mientras que para los hombres la motivación es únicamente el sexo.<sup>14</sup>

## Conducta sexual de riesgo

Como ya se ha mencionado, la mayoría de los jóvenes inicia su vida sexual en la adolescencia y comparando con otros grupos de edad, son ellos los que tienen mayores tasas de morbilidad derivadas de la conducta sexual.<sup>10</sup>

Cuando se habla de conducta sexual, se debe distinguir de la conducta sexual de riesgo, que se define como *“la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado”*.<sup>12</sup> Por lo tanto, entre estas prácticas de riesgo se pueden incluir el sexo oral, coito vaginal o anal, múltiples parejas sexuales o consumo de drogas asociado a estas prácticas. Son muchas las ocasiones en las que los adolescentes llevan a cabo prácticas poco seguras para su salud sexual influenciados por su entorno, ya que son conductas que se asumen como parte de un proceso social y no con decisiones individuales. Las relaciones a observar van desde la dinámica familiar hasta la comunidad, incluyendo grupo de amigos, vínculos en el colegio... todos los agentes capaces de condicionar sus acciones.<sup>15</sup>

En cuanto al abordaje de este tema, es importante destacar el uso de métodos anticonceptivos, en especial el uso del preservativo para evitar enfermedades de transmisión sexual (ETS). Tanto chicas como chicos priorizan la anticoncepción a la protección contra las ETS, recurriendo a la creencia de que *“estas cosas les pasan a los demás, a mí no”*.<sup>13</sup>

Los datos recogidos en noviembre de 2019 respecto a la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 19 años fueron de 8’96 por cada 1000 mujeres en España.<sup>16</sup> Otro dato alarmante, según se recogió en el XI Congreso del Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), es que desde 2005 se registra un aumento de nuevos diagnósticos de VIH en adolescentes, siendo la vía sexual la forma principal de transmisión.<sup>17</sup> Tanto el VIH como las infecciones de transmisión sexual (ITS) presentan una incidencia que va creciendo entre los adolescentes. Según registra el último informe de vigilancia epidemiológica de VIH y SIDA en España<sup>18</sup>, en el año 2018 el 1’9% de los diagnósticos de infección por VIH se dio en la población menor de 20 años, y el 0’7% de los casos de SIDA en España corresponde a individuos entre los 10 y los 19 años. En el caso de las ITS, están sometidas a vigilancia y declaradas como Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) la infección gonocócica, sífilis, sífilis congénita, Chlamydia

trachomatis y linfogranuloma venéreo. En el año 2016 un 7'5% de los casos de infección gonocócica, un 2'6% de los diagnósticos de sífilis, un 11'7% de los casos de clamidia y un 10'5% de los diagnósticos de linfogranuloma venéreo correspondieron a individuos menores de 20 años.<sup>19</sup> Este aumento de incidencia entre los jóvenes parece tener relación con el uso del preservativo, pues solo el 52% refiere usarlo como método anticonceptivo, seguido del uso de la píldora (22'8%) y el coitus interruptus (4'2%), mientras que el 6'2% no utiliza ningún método aunque mantengan relaciones. En este sentido, destaca la razón que expresan los jóvenes para no usar métodos anticonceptivos, ya que el 29'1% creen no correr peligro en sus relaciones sexuales.<sup>13</sup>

#### Acceso a la información

Según la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Anticoncepción<sup>13</sup>, el principal medio de obtención de información sobre sexualidad es Internet (47'8%), seguido por los amigos (45'5%), profesores (28%), madre (23'1%) o padre (12'4%). En este punto cabe destacar la importancia de las redes sociales y el acceso a Internet, ámbito donde los adolescentes corren un gran riesgo.

Se trata de una generación con un conocimiento muy amplio de Internet, percibiéndola como una fuente de información más privada que otros medios debido a la rapidez y el fácil acceso. Uno de los inconvenientes de este método de búsqueda es la falta de filtros de calidad, por lo que los jóvenes acceden a información en ocasiones errónea.<sup>9</sup> Utilizan esta fuente como “desinhibición”, ya que es un espacio en el que se acelera la intimidad y se crea una identidad que puede no corresponder con la real de la persona. Esto facilita el intercambio de información privada y la creación de relaciones interpersonales con personas, en ocasiones, desconocidas. Por otra parte, las redes sociales han aumentado en los últimos años el acceso a material sexual explícito, mostrando a los jóvenes unas actitudes y comportamientos en el ámbito sexual que puede conducir a un desarrollo de identidad inadecuada, pues se ha descrito en diferentes estudios que esta exposición tiene efectos emocionales negativos que pueden perdurar en el tiempo.<sup>9</sup>

#### Educación sexual

En base a todo lo expuesto anteriormente, la educación sexual surge como una necesidad para construir los pilares sobre los que se fundamenta el desarrollo individual. Una educación sexual impartida desde la edad temprana contribuye a un desarrollo equilibrado disponiendo de las mejores habilidades y destrezas que les permitirán afrontar retos y aprovechar oportunidades, tomando decisiones autónomas, conduciéndoles a una

sexualidad saludable.<sup>20</sup> Cristina Sanjuán<sup>21</sup> afirma que esta educación otorga herramientas para enseñar a niños y niñas a conocerse y respetarse, aprendiendo a diferenciar las relaciones positivas de las que no lo son. Como explica Isabel Guerrero<sup>22</sup>, la educación afectivo-sexual es un derecho de niños y adolescentes recogido por la OMS que permitirá al adolescente construir una identidad de género o relaciones afectivas sanas. Desde 1990 en España se potencia la educación afectivo-sexual dentro de la formación al alumnado, la cual debe permitir un aprendizaje adaptado a edades y culturas proporcionando información sin prejuicios y basada en evidencia científica. Esta educación no solo debe ser proporcionada por profesionales, sino que también es interesante e importante el entorno social para desarrollar una identidad social, pues el primer educador es la familia ya que inevitablemente son el modelo referente para los adolescentes.<sup>23</sup> En este aspecto, es importante destacar un estudio que incide en la relación parental como factor protector de la sexualidad de los adolescentes<sup>24</sup>, pues se evidencia que una buena relación entre los progenitores y el adolescente tiene consecuencias muy positivas en sus actitudes: sienten más autonomía y confianza en ellos mismos, pero sin asumir riesgos sexuales. En contraste, la relación con unos padres más restrictivos puede suponer un inicio de relaciones temprana y más asunción de riesgos. En cuanto a los métodos anticonceptivos, no queda claro si una actitud parental que defienda estos métodos puede suponer actitudes abiertas a relaciones sexuales casuales por parte de los adolescentes o si por estas actitudes los padres defienden el uso de anticonceptivos. Siguiendo en el camino de la relación parental, un estudio realizado en España<sup>25</sup> habla de los efectos del divorcio en las actitudes sexuales de los adolescentes, ya que esto tiene consecuencias en la salud mental de los jóvenes. En diversos estudios se ha evidenciado que los menores con padres divorciados son más propensos a practicar sexo, tienen una media de edad de inicio de relaciones sexuales más temprana, mayor riesgo de embarazo y múltiples parejas sexuales. Sin embargo, según refleja el estudio, los adolescentes cuyos padres viven juntos pero la relación es conflictiva son el grupo que asume mayor riesgo en cuanto a la sexualidad, por lo tanto, se concluye que influye más la relación interparental en el comportamiento sexual que la estructura familiar.

Actualmente en España, la educación sexual se imparte dentro de otras materias, aunque en la mayoría de los casos, la información tratada es insuficiente y, en ocasiones, promueven actitudes y comportamientos sexuales inadecuados.<sup>23</sup> El 72% de los jóvenes refiere haber recibido orientación en colegios o institutos, pero el 68'5% de ellos cree que

no es suficiente. Ambos sexos coinciden en que la formación es “*escasa, hay poca continuidad en la información y está mal tratada*”.<sup>13</sup> Es, por lo tanto, importante el desarrollo de la educación sexual desde un abordaje multidisciplinar combinando acciones desde el ámbito familiar, educativo, sanitario... si bien es cierto que una de las dificultades para el desarrollo de estos temas es el rechazo de algunos padres y profesores debido a las características de los programas.<sup>7</sup>

### Programas y estudios realizados

La educación sexual con adolescentes es un tema importante a desarrollar, ya que la adolescencia es una etapa decisiva para adquirir hábitos que persistirán durante toda la vida. Además, se ha reconocido mundialmente la importancia de la población adolescente para la salud mundial, puesto que, aunque son un grupo vulnerable posee capacidades y talento para dirigir acciones encaminadas a la protección de esta.<sup>26</sup> Es por ello por lo que se han realizado diversos programas educativos alrededor del mundo. En su mayoría, todos los programas desarrollados están enfocados a los adolescentes, y se centran en la prevención del VIH, ETS o anticoncepción y uso del preservativo, desarrollado a través de diferentes métodos.

En el ámbito español, el proyecto COMPAS<sup>27</sup> fue diseñado para actuar en tres variables del comportamiento sexual: la información, actitudes y motivación y habilidades conductuales relacionadas con la prevención de ETS. Se adaptó del programa ¡Cuídate!<sup>28</sup>, desarrollado en Latinoamérica, el cual es específico sobre el VIH, haciendo hincapié en la abstinencia y el uso del preservativo. Ambos han sido puestos en marcha en España, resultando más efectivo el programa COMPAS, ya que se evidencia que sus efectos perduran más a largo plazo. Otro de los programas desarrollados en el ámbito nacional ha sido el B-PAPY: Brief Program for AIDS Prevention in Young<sup>29</sup>, el cual tiene como objetivo reducir factores de riesgo para contraer VIH y mejorar los comportamientos sexuales. A parte de estos programas establecidos en España, otros diseños utilizan intervenciones para la prevención del embarazo, uso del preservativo o prevención de otras ETS, mediante diferentes técnicas y procedimientos.

Desde hace más de 20 años, son muchos los estudios que se han llevado a cabo para evaluar estas intervenciones educativas sobre sexualidad. Sin embargo, la gran mayoría<sup>30-34</sup> están desarrollados en el contexto de Estados Unidos (EEUU) y Latinoamérica y se centran, normalmente, en evaluar un cambio en las actitudes y el conocimiento.

Para la evaluación de las intervenciones, cada estudio utiliza diferentes herramientas, aunque en la mayoría se emplean escalas de elaboración propia tipo Likert, en función de las variables que estudien. Se han desarrollado diferentes cuestionarios no validados en diversos estudios para evaluar los comportamientos sexuales, sin embargo, existen otras escalas validadas que pueden ser de utilidad, las cuales se agrupan en la **Tabla 1**.

Contenido	Título	Objetivo
Uso del preservativo	<i>Condom uses self-efficacy scale (CUSES)</i> <sup>35</sup>	Evalúa la capacidad para la compra, aplicación y retirada del preservativo, así como la habilidad para la negociación con la pareja en cuanto al uso
	<i>Cuestionario de actitudes hacia el uso del preservativo</i> <sup>36</sup>	Consta de ocho ítems con una escala tipo Likert de cinco alternativas, con preguntas sobre el uso del preservativo.
Conductas de riesgo	<i>Índice de Conductas Sexuales de Riesgo (ICSR)</i> <sup>37</sup>	Según los autores el ICSR sirve para contrastar un modelo de rasgos de personalidad y los motivos para las relaciones sexuales.
Conocimientos ETS	<i>Escala de conocimientos sobre el VIH y otras ITS</i> <sup>38</sup>	Evalúa el conocimiento general sobre el VIH, del preservativo como método protector, de las vías de transmisión del VIH y de las medidas de prevención del VIH y sobre otras ITS. En total son 40 afirmaciones, 27 relativas al VIH y 13 sobre otras ITS, con respuestas de verdadero/falso/no conoce la respuesta.
	<i>AIDS prevention questionnaire</i> <sup>39</sup>	Integra métodos de evaluación cuantitativa y cualitativa, con dos objetivos: identificar el perfil de riesgo de infección por VIH y evaluar la efectividad de las intervenciones de



		prevención para cambiar el comportamiento sexual.
<b>Actitudes hacia la sexualidad</b>	<i>Premarital Sexual Permissiveness Scale</i> <sup>40</sup>	Consta de 15 ítems de respuesta tipo Likert. El objetivo es evaluar actitudes hacia la aceptación de comportamientos sexuales premaritales en la población general no casada.
	<i>Mathtech Attitude and Value</i> <sup>40</sup>	Determina las actitudes hacia diferentes aspectos de la sexualidad en los adolescentes o adultos jóvenes.
	<i>The Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire</i> <sup>40</sup>	Evalúa los cambios en la actitud respecto a temas relacionados con la sexualidad en un grupo de estudiantes tras un curso de sexualidad.
	<i>Escala de Actitud hacia la Sexualidad</i> <sup>40</sup>	Es una escala española que evalúa la actitud hacia la sexualidad en adolescentes, basándose en una actitud sexual positiva (satisfactoria, que no siga los mitos, que respete las diferentes orientaciones sexuales...).
	<i>Sexual Knowledge and Attitude Test for Adolescents</i> <sup>40</sup>	Es una evaluación subjetiva de los jóvenes entre 12 y 18 años sobre temas relacionados con el comportamiento y experiencia sexuales.
	<i>The Dearth Cassell Attitude Inventory</i> <sup>40</sup>	Evalúa el cambio de actitudes en grupos de estudiantes después de un curso de sexualidad. Consta de 18 ítems con 5 opciones de respuesta (tipo Likert).
	<i>Attitudes Toward Sexuality Scale</i> <sup>40</sup>	14 ítems con respuesta tipo Likert que evalúa las actitudes sexuales de los adolescentes entre 12 y 20 años y sus padres.

*Tabla 1. Cuestionarios y escalas de evaluación de comportamientos sexuales. Fuente: elaboración propia.*

En cuanto a las variables resultado de los diversos estudios, son diferentes en función de las intervenciones que se evalúan, aunque se pueden observar similitudes. En relación con las variables sociodemográficas, se tienen en cuenta el sexo, la edad, el estatus socioeconómico, estructura familiar, orientación y experiencia sexuales. Por otro lado, las variables relacionadas con los comportamientos sexuales son: la vía de obtención de la información, año de inicio de relaciones sexuales, parejas sexuales en los últimos 6 meses, frecuencia de uso del preservativo, conocimientos y actitudes sobre ETS, intención de practicar sexo seguro, percepción del riesgo social y estigma hacia el VIH.

Con todo esto, los resultados que se han obtenido<sup>41-43</sup> no evidencian un cambio en la incidencia/prevalencia de las tasas de ETS, embarazos o uso de anticonceptivos. Sin embargo, el mayor efecto se puede observar en los conocimientos, pues aumentan para el VIH, uso de preservativo, anticonceptivos, otras ETS, salud sexual y creencias sobre el embarazo o la abstinencia sexual. Uno de los hechos que destaca de la revisión es que estos resultados son a corto y medio plazo, ya que se han realizado pocos estudios que evalúen los efectos a largo plazo, de los que solo hay evidencia para la efectividad del uso del preservativo. Además, se ha demostrado que los programas de educación sexual son más efectivos si se realizan en el ámbito escolar en países desarrollados y que no promuevan la abstinencia.

### **Justificación**

Debido a que la mayor parte de los programas son desarrollados en EEUU y Latinoamérica, los factores socioculturales pueden hacer que ni las intervenciones ni los hallazgos encontrados sean aplicables a nuestro país. Surge la necesidad de conocer los aspectos sociales y psicológicos de los adolescentes españoles que nos permitan acercarnos a la planificación de estrategias para lograr un cambio de comportamientos sexuales. De esta manera, se obtendrá nueva información y aportarán elementos que nos permitan comprender, teorizar, generar estrategias, datos o sugerencias para el diseño e implementación de diversos programas educativos apropiados para la atención de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes españoles, adaptado a la cultura y situación del país. Por otro lado, este proyecto surge también de la necesidad de evaluar los programas a medio plazo y de aunar las diferentes intervenciones que se han ido desarrollando de forma aislada en una sola, con el fin de ofrecer a los adolescentes una educación sexual que se traduzca en un manejo seguro de la sexualidad.

## Hipótesis

Una intervención educativa realizada en alumnos de Bachillerato disminuirá las conductas sexuales de riesgo entre esta población.

## Objetivos

### Objetivo general

Determinar la efectividad de una intervención educativa realizada en alumnos de primero y segundo de Bachillerato de los institutos de Coslada sobre conocimientos y comportamientos relativos a la salud sexual.

### Objetivos específicos

- Describir características sociodemográficas del grupo control y grupo experimental.
- Describir los conocimientos que poseen los adolescentes acerca de las ETS en ambos grupos.
- Evaluar variación en el nivel de conocimiento previo y posterior sobre las ETS entre el grupo control y el grupo experimental.
- Describir la actitud hacia los métodos anticonceptivos en el grupo control y el grupo experimental.
- Evaluar diferencias tras la intervención en la actitud hacia los métodos anticonceptivos entre ambos grupos.
- Describir el Índice de Conductas Sexuales de Riesgo (ICSR) en ambos grupos.
- Evaluar variación en el ICSR entre el grupo experimental y grupo control tras la intervención.
- Describir la percepción del riesgo sexual en ambos grupos.
- Evaluar diferencias en la percepción del riesgo sexual entre ambos grupos tras la intervención.
- Identificar diferencias en relación con el nivel de conocimiento previo entre chicos y chicas.

## Metodología

### Tipo de estudio

Se llevará a cabo un estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorizado con dos grupos: el grupo experimental, con el que se llevará a cabo la intervención, y el grupo control, que no recibirá ninguna formación.

### Sujetos de estudio

La población diana del estudio son los jóvenes matriculados en los cursos de Bachillerato de los 8 institutos del municipio de Coslada, en Madrid.

En primer lugar, se contactará con los 8 institutos públicos de Coslada para informar del estudio. Si se autoriza la realización de este, el centro será incluido en una lista numérica.

De manera aleatoria mediante el método de las bolas de colores unos centros serán asignados al grupo control y otros al grupo experimental. En una bolsa habrá bolas con los números correspondientes a los centros y en otra, en función del número de institutos que vayan a participar, se meterán bolas azules y verdes en proporciones iguales: primero se sacará una bola numérica y después una de color que corresponderá a ese centro. Si la bola extraída es la de color azul, el centro pertenecerá al grupo experimental, mientras que si la bola es verde, será del grupo control.

Tras ello, se contactará con los centros para informar de los objetivos del estudio y de la metodología a seguir en función de si el centro es donde se realizará la intervención o no. El grupo control seguirá el modelo educativo propuesto por el centro, mientras que el grupo experimental recibirá la intervención detallada en el **Anexo I**, donde cada una de ellas será impartida por diferentes monitores.

Se informará a los padres de los alumnos de los centros implicados y se solicitará un consentimiento informado para participar.

Por último, serán informados los alumnos de los centros, a quienes se pedirá, igualmente, un consentimiento para la participación.

### Criterios de inclusión en el estudio

- Alumnos matriculados en primer y segundo curso de Bachillerato de centros de enseñanza de Coslada.

## Criterios de exclusión en el estudio

- Estudiantes que no acepten responder a los cuestionarios planteados.

## Ámbito de estudio

La población diana son los jóvenes a partir de 16 años matriculados en Bachillerato del municipio de Coslada, perteneciente a la Comunidad de Madrid. Se ha decidido seleccionar esta población debido a que es un municipio que cuenta con 81.661 habitantes<sup>44</sup> donde el 9% corresponde a población entre 10-19 años.

## Tamaño muestral

Para el cálculo del tamaño muestral del estudio, tomaremos en cuenta un error tipo I de 0.05 y un error tipo II de 0.20. A la hora de determinar el efecto esperado se han investigado diferentes revisiones sobre el tema y dado que la diversidad observada es muy grande, se ha decidido determinar un efecto esperado de 0.3. Por lo tanto, el tamaño total es de 348, con 174 alumnos en cada grupo.

## Variables

### *Variable independiente*

Intervención educativa descrita en **Anexo I**.

### *Variables dependientes*

- Nivel de conocimiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Índice de Conductas Sexuales de Riesgo.
- Nivel de percepción del riesgo.
- Actitud hacia los métodos anticonceptivos.

### *Variables de estudio*

- Edad en años. (Variable cuantitativa discreta)
- Sexo: hombre/mujer. (Variable cualitativa dicotómica)
- Estructura familiar. (Variable cualitativa politómica)
- Ideología o religión. (Variable cualitativa politómica)
- País de nacimiento. (Variable cualitativa politómica)
- Experiencia sexual. (Variable cualitativa politómica)
- Orientación sexual. (Variable cualitativa politómica)

- Fuente principal de obtención de información sobre sexualidad. (Variable cualitativa politómica)

### Recogida y análisis de los datos

Tras gestionar la autorización por parte de los centros, padres o tutores y los alumnos, se comenzará con las sesiones educativas. Éstas serán 5 y se realizarán semanalmente, con una duración de 1 hora y 15 minutos cada una. Las sesiones se impartirán en el aula de cada grupo de estudiantes contando con todos ellos para la sesión. Cada instituto determinará el día de la semana fijado para las sesiones. El contenido y los objetivos de las sesiones están recogidos en el **Anexo I**. Por otra parte, en el **Anexo VII** queda detallada una escala tipo Likert que los alumnos cumplimentarán tras cada sesión para evaluar las intervenciones.

El primer día, en la primera sesión se recogerá un cuestionario general, la Escala sobre el Nivel de Conocimiento del VIH y otras ITS (ECI), el cuestionario de Índice de Conductas Sexuales de Riesgo, un cuestionario de actitudes hacia los métodos anticonceptivos y un cuestionario sobre la percepción del riesgo a todos los estudiantes participantes del grupo experimental. En el grupo control se recogerán los mismos cuestionarios la misma semana. Los cuestionarios quedan detallados a continuación.

Se utilizará en primer lugar un cuestionario general en el que se recogerán las variables sociodemográficas, que se adjunta en el **Anexo II**. Este cuestionario nos permitirá identificar la homogeneidad entre el grupo control y grupo experimental en cuanto a las características sociodemográficas.

A continuación, se utilizará la Escala sobre el Nivel de Conocimiento del VIH y otras ITS (ECI) detallada en el **Anexo III**. Esta escala fue validada en el contexto español<sup>38</sup> y evalúa cinco componentes como son el conocimiento general del VIH, de sus vías de transmisión, del uso del preservativo como método protector y de la prevención del VIH y otras ITS. El cuestionario cuenta con 40 preguntas con respuesta de Verdadero/Falso/No conoce la respuesta, por lo que cada acierto sumará un punto y el resultado aportará una variable cuantitativa desde 0 a 40.

Por otro lado, se empleará el Índice de Conductas Sexuales de Riesgo (ICSR) descrito en el **Anexo IV** modificado y validado en el contexto mexicano<sup>37</sup>. La redacción de las preguntas ha sido modificada en este estudio para poder adecuarlo a los jóvenes españoles. La puntuación obtenida se atribuye en función de los puntos atribuidos a cada

respuesta, pudiendo conseguir un máximo de 7 puntos; según el intervalo de puntuación los resultados indicarían un ICSR bajo, medio o alto.

Por otro lado, en el **Anexo V** se encuentra la escala de percepción del riesgo para evaluar las creencias de los adolescentes en cuanto al riesgo sexual. Esta escala ha sido extraída de un estudio realizado por un grupo investigador que evaluaba la eficacia de una intervención en relación con los conocimientos de ITS en adolescentes<sup>45</sup>, por lo que se ha considerado oportuna para el presente proyecto. Cuenta con 11 preguntas planteadas como situaciones en las que, mediante una escala tipo Likert, los jóvenes deben indicar el riesgo que consideren oportuno. Se ha decidido establecer la puntuación de 0-110, tomándose como una variable cuantitativa continua en la que se observará la puntuación pre y post intervención.

Por último, se ha realizado una escala de elaboración propia para la evaluación de la actitud y los conocimientos de los adolescentes hacia los métodos anticonceptivos que queda descrita en el **Anexo VI**. Para su realización, se han extraído preguntas de diferentes cuestionarios de dos estudios realizados en España<sup>46,47</sup>. Consta de 17 preguntas para que los alumnos respondan en función de una escala tipo Likert mostrando su grado de acuerdo del 1-5, por lo que la puntuación irá desde los 17 puntos a los 85. Se tomará como una variable cuantitativa continua valorando el cambio en la puntuación pre y post intervención.

Las investigaciones indican que las intervenciones tienen un efecto a corto plazo y empiezan a olvidarse a los 6 meses, disminuyendo el efecto de la intervención. Por ello, en este caso, se ha decidido establecer un tiempo de 9 meses para la segunda evaluación para que sea lo máximo posible que puede dilatarse en el tiempo, con el objetivo de ver los efectos a medio plazo más espaciados. Esto se debe a que los estudiantes cambiarán de curso y algunos, incluso, abandonarán el instituto de manera definitiva.

A los 9 meses se volverán a pasar los cuestionarios, con una única modificación en el cuestionario de ICSR, ya que se aplicará añadiendo a las preguntas “*en los últimos siete meses*” para poder evaluar los cambios en el tiempo transcurrido desde la finalización de la intervención.

Por lo tanto, el análisis de los datos se llevará a cabo comparando las puntuaciones que los alumnos obtengan antes y a los 9 meses tras la intervención, comparando los datos entre los centros del grupo experimental y los centros que pertenezcan al grupo control.

Se utilizará el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). En primer lugar se hará una descripción de las variables para ver si existe homogeneidad entre las variables sociodemográficas y de control entre el grupo experimental y el grupo control. Se crearán dos tablas de frecuencias y porcentajes y se emplearán medidas de centralización (media, mediana y moda).

Para llevar a cabo la comparación de las variables de estudio se emplearán diferentes estadísticos de contraste. Para la comparación del nivel de conocimientos sobre VIH y otras ETS entre el grupo control y experimental se llevará a cabo la t de student por ser variable cualitativa (el grupo al que pertenece) y variable cuantitativa, así como para evaluar las diferencias en el conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos entre ambos grupos; por otro lado, para el ICSR, al ser las dos variables cualitativas (ICRS y grupo perteneciente) se empleará la prueba de Chi cuadrado para la comparación entre grupos y, para la comparación entre grupo control y grupo experimental acerca de la percepción del riesgo sexual se empleará, nuevamente, la t de student. Por último, para realizar correctamente el contraste entre el nivel de conocimientos y el sexo de los alumnos, se realizará la t de student al tratarse de una variable cuantitativa y una cualitativa dicotómica.

### Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio es la imposibilidad de mantener el doble ciego. Esto se debe a que los alumnos conocerán que están participando en el estudio y, por otra parte, el investigador principal conocerá también estas características. Para minimizar este sesgo, habrá una tercera persona que realice la evaluación ciega, que no sabrá si los resultados pertenecen al grupo control o al experimental.

Por otro lado, una de las limitaciones que ocurre es el hecho de que no en todos los institutos del grupo control se realizan las mismas intervenciones, ya que dependen del centro. Sin embargo, esto produce una variabilidad que refleja la actuación habitual de los centros, por lo que nos permitirá evaluar la eficacia de nuestra intervención comparándolo con la práctica habitual y determinar así la efectividad de forma más real.

Otra de las limitaciones del estudio es la posibilidad de que se produzca el *efecto Hawthorne*, por el cual, los participantes al saber que están siendo evaluados alteren su comportamiento y esto suponga una variación en los resultados. En este caso, los alumnos, al saber que participan en el estudio, pueden cambiar sus respuestas en los



diferentes cuestionarios. Sin embargo, como la medición se va a llevar a cabo previa y posteriormente a la intervención, este hecho puede mitigar el sesgo. El efecto Hawthorne no se puede evitar ya que es imposible que los participantes desconozcan a qué grupo pertenecen, por ello la asignación a un grupo u otro se realiza por centros y no por cursos, evitando así que en un mismo centro haya participantes del grupo control y experimental. Sin embargo, sí que se asegurará, antes de realizar la primera evaluación, que los alumnos no sabrán a qué grupo pertenecen.

En este camino, otro sesgo que puede ocurrir es el de *obsequiosidad*, que se presenta cuando el participante orienta su respuesta para proyectar una buena imagen de sí mismo, modificando así la respuesta que representa su opinión en pos de la que considera más positivamente valorada. Como ocurre con el efecto Hawthorne, al valorar las diferencias, el hecho de que vuelva a medirse puede disminuir el desarrollo de este sesgo.

En cuanto a los instrumentos de medida, ya que se va a aplicar la misma herramienta en más de una ocasión puede inducir a un *sesgo de aprendizaje o proximidad*, por el que los alumnos, al conocer los cuestionarios, pueden condicionar sus respuestas tras la evaluación pre-intervención. Para minimizar este sesgo lo máximo posible, la evaluación se realizará a los 9 meses tras la primera. Asimismo, es posible que se introduzca el sesgo de *respuesta invariable*, por la tendencia del alumno a responder siempre de la misma manera.

Cabe destacar que todos estos sesgos se pueden producir tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

Puesto que las sesiones serán impartidas por distintos monitores en cada centro, el desarrollo de estas puede variar y por tanto influir de manera diferente en los resultados. Para evitar este sesgo, o disminuirlo todo lo posible, antes de iniciar la intervención el equipo investigador se reunirá para establecer unas pautas de actuación y una dinámica favorecedora al estudio consensuadas con el fin de que se realicen las actividades de manera unificada en todas las aulas de los centros. De igual manera, para favorecer en la medida de lo posible el desarrollo de la confianza por parte de los alumnos con los monitores, en cada aula se impartirá la sesión por el mismo educador durante toda la intervención.

El análisis de los datos se realizará por intención de tratar y no por cumplimiento terapéutico, por lo que se considerarán los datos de todos los alumnos independientemente de las sesiones a las que asistan.

### Consideraciones éticas

Se solicitará la autorización para la realización del estudio al comité de ética de menores de la Comunidad de Madrid.

Encuadrándonos en el marco de los códigos de la ética, el estudio se verá apoyado en las diferentes normas reconocidas internacionalmente reflejadas en el Código de Nürenberg<sup>48</sup>, la Declaración de Helsinki<sup>49</sup> y el Informe Belmont<sup>50</sup>.

Respetando el principio de respeto a la dignidad humana o autonomía de los participantes, este reconoce el derecho a elegir y a actuar en base a las creencias y valores individuales. Según la Ley 26/2015 de 28 de julio<sup>51</sup>, en los ensayos clínicos son los padres quienes actúan como representantes legales de los menores de 18 años, por lo que son ellos quienes deberán cumplimentar el consentimiento informado que se adjunta en los **Anexos VIII y IX** para autorizar la participación del menor en el estudio, aunque se debe tener en cuenta el asentimiento informado por parte de los jóvenes para que tengan la oportunidad de decidir si quieren o no participar en el estudio. Por ello, en el caso de los alumnos, se ha elaborado un consentimiento adjunto en los **Anexos X y XI**, en función del grupo al que pertenecen, para que su confirmación de participación en el estudio quede reflejada por escrito. En ambos casos se explicarán y resolverán dudas relativas a la investigación que puedan tener los participantes.

Se otorgará a la familia y al estudiante toda la información relativa al estudio, tanto por escrito como verbalmente. Asimismo, se les informará expresamente que ni el hecho de participar, ni el de no hacerlo, tendrá repercusiones en el trato posterior, así como que tienen derecho a no participar o a abandonar el estudio en cualquier momento si lo desean.

Con el fin de garantizar que se cumple el principio de beneficencia, se protegerá a los sujetos participantes de cualquier daño físico o psicológico que pueda ocurrir durante el desarrollo del estudio. En el caso de observar que la participación de algún alumno puede suponerle un daño innecesario se aplicarán las medidas oportunas para paliar el mismo, además, será retirado de la investigación. Esto se debe a que los temas a tratar pueden ser, en ocasiones, aspectos que los adolescentes desconozcan y puedan suponer el reconocimiento de experiencias vividas como dañinas para su salud que les suponga

recordar experiencias no deseadas en algunos casos. Por ello, se contará con el apoyo externo un psicólogo por si resulta necesario hacer derivaciones.

En cuanto al Principio de Justicia, éste engloba el derecho a un trato justo y la privacidad. Por ello, los sujetos serán seleccionados de manera que cumplan los criterios de inclusión expuestos anteriormente, asegurando un trato respetuoso y amable con cada uno de ellos, independientemente de su participación o no en el estudio. Además, se aclarará que los participantes pueden tener acceso al investigador en cualquier momento si es preciso aclarar alguna información. En todo momento se cumplirán los acuerdos fijados en el momento de inicio del estudio. En cuanto a la privacidad, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre<sup>52</sup>, toda la información obtenida será únicamente utilizada para conseguir los objetivos de la investigación, garantizando así la confidencialidad de los datos de los participantes. El equipo investigador se compromete a no compartir la información a la que acceda con personas ajenas al estudio ni con los sujetos de este si éstos no dan un consentimiento explícito, además los datos se analizarán y publicarán en su conjunto. Para ser tratados de manera privada y confidencial y para garantizar el anonimato de los participantes, con el fin de poder vincular las respuestas pre y post intervención, se asignará un código personal a cada alumno que se adjudicará en función de una lista con todos los adolescentes de cada centro y en función de su posición en la misma, será asignado el número correspondiente. Esta información será únicamente tratada por el investigador principal, quien guardará los datos en un ordenador al que solo pueda tener acceso él con una clave particular.

Por último, si el estudio demuestra que la intervención diseñada disminuye el comportamiento sexual de riesgo entre los adolescentes, será ofertada a los centros participantes como grupo control.

## Plan de trabajo

*Primera etapa:* Mayo-septiembre 2021. Solicitud de permisos y reuniones informativas. (Dos meses).

- Presentación al comité de ética. (Investigador principal)
- Reunión con los coordinadores de los centros educativos. (Investigador principal).
- Aleatorización de los centros educativos en cuanto a grupo experimental y grupo control. (Equipo investigador).

- Reuniones con los padres/madres/tutores legales de los niños de ambos grupos. (Equipo investigador)
- Reunión con los alumnos de los centros de ambos grupos. (Equipo investigador)
- Establecimiento de un cronograma de intervención en cada centro. (Investigador principal).
- Reuniones del equipo investigador con los monitores para coordinar las intervenciones.

*Segunda etapa:* Septiembre 2021-mayo 2022. Puesta en marcha de la intervención y recogida de datos. (Nueve meses)

- Obtención de los consentimientos informados por parte de los padres/tutores legales de los alumnos por parte del grupo investigador.
- Construcción de la base de datos. (Equipo investigador).
- Realización de la evaluación inicial pre-intervención en el grupo control y experimental. Evaluación de los estudiantes participantes del estudio mediante la Escala sobre el Nivel de Conocimiento del VIH y otras ITS (ECI), la escala de percepción de riesgo, Índice de conductas sexuales de riesgo y actitudes hacia los métodos anticonceptivos. (Equipo investigador).
- Se incluirán los datos en una base de datos y se llevará a cabo el análisis estadístico. (Equipo investigador).
- Desarrollo de la intervención con el grupo experimental. Intervención enfermera consistente en 5 sesiones con frecuencia semanal, descrita en Anexo I. (Grupo de monitores).
- Evaluación post-intervención en el grupo experimental y grupo control a los nueve meses. (Equipo investigador)

*Tercera etapa:* Junio 2022-enero 2023. Análisis de los datos y divulgación de resultados. (Ocho meses)

- Análisis de los resultados. (Equipo investigador).
- Elaboración definitiva del estudio. (Investigador principal).
- Redacción del artículo en español e inglés para su publicación en revistas científicas. (Equipo investigador).
- Difusión de los resultados a través de diferentes medios y ámbitos. (Equipo investigador).

## Medios disponibles para la realización del trabajo

### Equipo investigador

El grupo de trabajo estará formado por un equipo multidisciplinar. En primer lugar, contando con 4 profesionales de Enfermería como colaboradoras para impartir las sesiones, además de la investigadora principal. Por otro lado, colaborarán un profesional estadístico que conozca el manejo del programa de datos para la creación de la base y el análisis de los mismos.

Se plantea contar con el apoyo externo del Centro De Información, Documentación Y Asesoramiento Juvenil (CIDAJ) situado en Coslada que tiene un área de psicología con una profesional psicóloga con experiencia en trabajo con adolescentes, con quien se establecería contacto en caso de necesitar derivación.

### Recursos

Las sesiones impartidas se realizarán en las aulas de cada centro de estudios.

Entre los recursos materiales, se requieren una impresora y un pendrive para el intercambio de información entre el equipo. Por otro lado, se precisará material de papelería: folios, grapadoras, cartulinas, post-it, tizas... Además, se contará con material didáctico para impartir las sesiones como son preservativos, material gráfico, diferentes métodos anticonceptivos, soportes de madera, etc.

Por último, tras la realización del proyecto, para su publicación y difusión se deben tener en cuenta los gastos derivados de la traducción del trabajo final y el presupuesto necesario para la asistencia del equipo investigador a congresos para la presentación de los resultados.

Se ha realizado un cuadro con el presupuesto orientativo reflejado en la Tabla 2 con una justificación detallada de la ayuda solicitada.

Tabla 2. Presupuesto

Personal	
—	—
SUBTOTAL	—
Bienes y servicios	

Paquete estadístico SPSS	700€
Impresora y tóner	200€
Pendrives	20€
Material de papelería	200€
Material didáctico	300€
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.420€</b>
<b>Difusión del estudio</b>	
Publicación en espacios abiertos	7.000€
Gastos de asistencia a congresos	6.000€
Traducción	800 €
<b>SUBTOTAL</b>	<b>13.800€</b>
<b>TOTAL AYUDA SOLICITADA</b>	<b>15.220€</b>

## Plan de difusión

### Divulgación de resultados

Una vez finalizado el estudio se divulgarán resultados en diferentes revistas especializadas como son Metas de Enfermería, Enfermería Clínica y Enfermería Comunitaria, American journal of nursing, Revista Iberoamericana de enfermería comunitaria y Open Journal of Nursing con el objetivo de alcanzar una difusión en ámbito nacional e internacional.

Por otro lado, se planteará llevar los resultados a diferentes congresos para compartir los resultados que se obtengan. Entre ellos, se plantea la asistencia al Congreso Nacional de Educación para la Salud, Congreso Internacional de investigación, formación y desarrollo enfermero y el Congreso Nacional de Educación sexual y sexología FEMESS en México.

La difusión de los resultados se hará a diferentes profesionales de todos los ámbitos: sanidad, educación, psicología... con el fin de incluir la intervención como material didáctico con el que poder trabajar.

### Utilidad práctica

En primer lugar, dada la tipología del estudio, este permite evaluar la efectividad de la intervención realizada al ser de tipo ensayo clínico. El desarrollo de este estudio permitirá así conocer si la intervención de enfermería planteada supone un cambio en los comportamientos sexuales de los adolescentes, por lo que contribuirá a fomentar comportamientos sexuales adecuados y ofrecerá las herramientas necesarias para que vivan plenamente su sexualidad de forma sana y responsable. Fomentar una sexualidad sana y responsable supone una contribución a la prevención de las consecuencias tanto físicas como psicológicas que los comportamientos inadecuados provocan en los adolescentes. Con ello, se conseguirá también reducir las tasas de salud pública relativas a la salud sexual y reproductiva entre esta población.

En cuanto a investigación, el proyecto contribuye a aumentar la información de la efectividad de las intervenciones a medio plazo y en ámbito nacional, ya que un gran número de estudios han sido realizados en Estados Unidos y Latinoamérica. Esta es una línea sobre la que seguir investigando.

Por último, con el fin de difundir los resultados de la mejor manera posible, se puede plantear la implementación de la intervención en todos los centros educativos de Bachillerato del municipio de Coslada, así como a nivel de la Comunidad de Madrid. El desarrollo sería adecuado realizarlo en los centros por las enfermeras escolares, ya que este ámbito es el espacio idóneo para conseguir alcanzar objetivos de salud y es el principal escenario de implementación de estrategias de prevención.

### Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. (2018). [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
2. ONU: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población el Desarrollo, El Cairo. [Internet].

- 13 de septiembre de 1994. Disponible en:  
[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)
3. Espinosa Fajardo J, Mediano Ortiga C, Mazarrasa Alvear L, Velasco Juez C, Cañizal V, San Miguel N. Guía para programas y proyectos de Salud Sexual y reproductiva en África. [Internet]. 2005. Disponible en:  
[http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0500/8\\_AEC\\_GUI.pdf](http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0500/8_AEC_GUI.pdf)
  4. Declaración de los Derechos Sexuales del 13<sup>avo</sup> Congreso Mundial de Sexología. Valencia, 1997.
  5. Naciones Unidas. Marcadores de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [Internet]. 2015. Disponible en:  
[https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review\\_Spa.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Spa.pdf)
  6. Organización Mundial de la Salud. Directrices para las consideraciones éticas en la planificación y evaluación de estudios de investigación sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Ginebra, 2019. [Internet]. Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311863/9789243508412-spa.pdf?ua=1>
  7. Antón AI. Educación sexual saludable en adolescentes. Nuber Cientif. 2017;3(21): 69-73.
  8. Montero A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Rev. méd. Chile 2011;139(10): 1249-1252.
  9. Eleuteri, S., Saladino, V., & Verrastro, V. (2017). Identity, relationships, sexuality, and risky behaviors of adolescents in the context of social media. Sexual and Relationship Therapy 2017; 32(3-4): 354–365.
  10. Francisca Corona H, Francisco Funes D. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. RMCLC 2015;26(1): 74-80.
  11. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente: Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. Disponible en:  
[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
  12. García-Vega E, Fernández Robledo E, Fernandez García P, Cuesta Izquierdo M. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. International Journal of Psychological Research 2012;5(1): 79-87.



13. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre los jóvenes españoles. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3eYxAIE>
14. López F, Carcedo R, Fernández-Rouco N, Blázquez MI, Kilani A. Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *An. Psicol.* 2011;27(3): 791-799.
15. Salas F. Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *ABRA* 2018;38(56): 1-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15359/abra.38-56.3>
16. Ministerio de Sanidad. 2019. <https://www.epdata.es/datos/cifras-aborto-estadisticas/247/espana/106>
17. Hernández J. GeSIDA 2019: Aumenta la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en adolescentes en España. [Internet]. gTt-VIH 12 de diciembre de 2019. Disponible en: [http://gtt-vih.org/actualizate/la\\_noticia\\_del\\_dia/12-12-19](http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/12-12-19)
18. D. G. de Salud Pública, Calidad e Innovación, Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2018. Madrid, nov. 2019.
19. Centro Nacional de Epidemiología, Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España 2016. Madrid, mayo 2018.
20. Comunidad de Madrid. La sexualidad en la adolescencia. [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/sexualidad-adolescencia>
21. Sanjuán Vázquez C. La educación afectivo-sexual es inversión de futuro. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3d0Sfni>
22. Guerrero Campoy I. La educación sexual como herramienta para la prevención de la violencia sexual. *Haurdanik* 2018;(39): 7-9.
23. Garzón Fernández A. La educación sexual, una asignatura pendiente en España. *Bio-grafía* 2016;9(16): 195-203.
24. Parkes A, Henderson M, Wight D, Nixon C. Is Parenting Associated with Teenagers' Early Sexual Risk-Taking, Autonomy And Relationship with Sexual Partners? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2011; 43(1): 30-40.

25. Orgilés M, Carratalá E, Espada JP. Perceived quality of the parental relationship and divorce effects on sexual behaviour in Spanish adolescents. *Psychology, Health & Medicine* 2015;20(1): 8-17.
26. Castaño Hernández DC, Posada Zapata IC, Agudelo Olarte ET. La importancia de escuchar a los jóvenes. *Divers: Perspect. Psicol.* 2019;15(1): 27-36.
27. Escribano S, Espada J, Morales A, Orgilés M. Mediation analysis of an effective sexual health promotion intervention for Spanish adolescents. *AIDS and Behavior* 2015 19(10): 1850-1859.
28. Villaruel AM, Zhou Y, Gallegos EC, Ronis DL. Examining long-term effects of Cuídate – a sexual risk reduction program in Mexican youth. *Rev Panam Salud Pública* 2010;27(5): 345-351.
29. Ballester Arnal R, Gil Lario MD, Ruiz Palomino E, Giménez García C. Effectiveness of a Brief Multi-Component Intervention to HIV Prevention Among Spanish Youth. *AIDS Behav.* 2017;21(9): 2726-2735.
30. Villarruel AM, Jemmott LS, Jemmott III JB. Designing a culturally based intervention to reduce HIV sexual risk for Latino adolescents. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2005;16: 23–31.
31. Jemmott III JB, Jemmott LS, Fong GT. Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention. *Am J Public Health* 1992;82: 372–77.
32. Mueller TE, Castaneda CA, Sainer S, et al. The implementation of a culturally based HIV sexual risk reduction program for Latino youth in a Denver area high school. *AIDS Educ Prev* 2009;21: 164–70.
33. Pascual-González Y, Puentes Vásquez SM, Pérez Avilán GT, Rísquez Parra A. Efectividad de una intervención educativa de salud sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz y métodos anticonceptivos en adolescentes. *Acta científica estudiantil* 2010;8(3): 61-66.
34. Díez E, López MJ, Pérez G, García-Subirats I, Nebot L, Carreras R, Villalbi, JR. Impact of a community contraceptive counselling intervention on adolescent fertility rates: a quasi-experimental study. *B,C Public Health* 2020;20:26.
35. Forsyth AD, Carey MP, Wayne Fuqua R. Evaluation of the Validity of the Condom Use Self-Efficacy Scale (CUSES) in Young men using two behavioral Simulations. *Health Psychol.* 1997;16(2): 175-17 8.

36. Wingood GM, DiClemente RJ. Partner influences and gender-related factors associated with noncondom use among young adult African American women. *Am J Community Psychol.* 1998;26(1): 29-51.
37. Moral de la Rubia J, Garza Torteya D. Validación de una escala de conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados mexicanos. *Revista Internacional de Psicología* 2016;15(2).
38. Espada JP, Guillén-Riquelme A, Morales A, Orgilés M, Sierra JC. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Aten. Prim.* 2014;46(10): 558-564.
39. Gil Llarío MD, Ruiz-Palomino E, Morell-Mengual V, Giménez-García C, Ballester-Arnal R. Validation of the AIDS Prevention Questionnaire: A Brief Self-Report Instrument to Assess Risk of HIV Infection and Guide Behavioral Change. *AIDS and Behaviour* 2019;23: 272-282.
40. Blanc Molina A, Rojas Tejada AJ. Instrumentos de medida de actitudes hacia la sexualidad: una revisión bibliográfica sistemática. *RIDEP* 2017;43(1): 17-32.
41. Hale DR, Fitzgerald-Yau N, Viner RM. A Systematic Review of Effective Interventions for Reducing Multiple Health Risk Behaviors in Adolescence. *American Journal of Public Health* 2014;104(5): 19-41.
42. Morales A, Espada JP, Orgilés M, Escribano S, Johnson BT, Lightfoot M. Interventions to reduce risk for sexually transmitted infections in adolescents: A metaanalysis of trials, 2008-2016. *PLoS ONE* 2018;13(6).
43. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. art. nº: CD006417.
44. Censo de población de Coslada 2019. <https://www.ine.es/>
45. Raya Tena A, García Hernández D, Blázquez Gómez C, Martínez Blanco P, Tierz Bartolomé N, Fernández San Martín MI. Evaluación pre-post intervención de los conocimientos de infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Metas Enferm* 2019; 22(1):5-13.
46. Santín Vilariño C, Torrico Linares E, López López MJ, Revilla Delgado C. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *An. Psicol.* 2003;19(1): 81-90.

47. Barella Balboa JL, Mesa Gallardo I, Cobeña Manzorro M. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. *Medicina de Familia* 2002;4: 255-260.
48. The Nuremberg Code (1947). *BMJ* 1996;313: 1448
49. World Medical Association. Declaration of Helsinki. *JAMA* 1997;277: 925-926.
50. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. Informe Belmont. 1979. Disponible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
51. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *BOE* 18/08/2015, núm. 180.
52. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *BOE* 14/12/1999, núm. 298.

## ANEXOS

### ANEXO I. Intervención educativa

Se extraen actividades descritas en el Programa de Educación Sexual para los Centros de Menores de Asturias modificadas para adecuarlas a las sesiones.

Se llevarán a cabo 5 sesiones espaciadas una semana entre ellas. Cada sesión tendrá una duración de 75 minutos. En la primera sesión junto con la intervención se pasará un cuadernillo con los diferentes cuestionarios.

#### 1ª sesión. Mitos y falsas creencias.

##### *Objetivos*

1. Reflexionar acerca de diversos mitos y falsas creencias relacionadas con la sexualidad de los jóvenes.
2. Facilitar el desarrollo de una capacidad crítica que les permita a los chicos desarrollar una sexualidad libre de estereotipos y falsas creencias.

##### *Actividades*

- Grupales:
  - **Mitos.** Se reúne al grupo y a cada chico se le entrega una tarjeta en blanco en la que tiene que escribir algún tópico relacionado con la sexualidad que hayan oído (por ejemplo: la masturbación excesiva produce acné). Después se recogen y se vuelven a repartir de manera que cada uno tenga uno que no sea el que haya escrito. Se van leyendo en voz alta y discutiendo en el grupo acerca de la veracidad de los mismos.
  - **Verdadero/Falso.** Se coloca al grupo en un gran círculo y se les entrega un folio en el que aparecen diversas frases relacionadas con la sexualidad. Algunas de ellas son verdaderas y otras son falsos mitos. Al lado de cada pregunta tienen que escribir si consideran que es verdadera o falsa. Después se abre un debate en el que se irá repasando frase por frase y se tratará de observar si hay consenso o si se dan discrepancias en el grupo tratando de iniciar un proceso de reflexión crítica acerca de los diferentes aspectos que se van trabajando (la sexualidad comienza en la adolescencia y termina en la vejez, la masturbación no es cosa de chicas, en las relaciones sexuales es el hombre quien tiene que tomar la iniciativa, los

adolescentes son unos irresponsables, la primera vez no te puedes quedar embarazada...).

- Se dejará como tarea analizar películas o situaciones cotidianas de las que puedan extraer dudas para plantearlas en la siguiente sesión.

## 2ª sesión. Percepción de riesgo.

### *Objetivos*

1. Garantizar el acceso a la información sobre recursos que le permitan vivir una sexualidad libre de riesgos.
2. Aprender a reconocer situaciones de riesgo asociadas a determinadas prácticas.
3. Desarrollar y aplicar estrategias personales y colectivas, así como pautas de actuación en el análisis y resolución de problemas que se les presenten en su vida sexual.

### *Actividades*

Se habrán analizado los cuestionarios realizados en la 1ª sesión para conocer los conocimientos de ITS y actitudes de los alumnos.

- Grupales:
  - **¿Qué te gustaría saber?** Se coloca al grupo en círculo y a cada uno se le reparte una tarjeta en blanco en la que tendrá que escribir de forma anónima las dudas que pueda tener acerca de diferentes cuestiones que tengan que ver con su sexualidad tratando de ofrecer un amplio abanico de posibilidades (conductas, información). Después se recogen y se van leyendo una por una tratando de analizar con todo el grupo las posibles respuestas y aclarando las dudas si el grupo no puede resolverlas.
  - **Esta sí/Esta no.** Se coloca al grupo en círculo y a cada uno de les da uno o varios post-it en los que tendrán que escribir algún tipo de practica sexual tratando que no sean solo prácticas con penetración. En una pizarra se escribe una escala que va desde máximo a mínimo riesgo y después tendrán que colocarlos según el grado de riesgo que crean que tienen. Luego se tratará de profundizar en las formas de evitar o reducir esos riesgos (prácticas sin penetración o uso del preservativo).

### 3ª sesión. Concepción y anticoncepción.

#### *Objetivos*

1. Reforzar la información y trabajar sobre los mitos relacionados con la anatomía, fisiología, la concepción y la anticoncepción.
2. Proporcionar información básica sobre la anatomía y la fisiología de la reproducción y del placer.
3. Conocer aspectos relacionados con la menstruación y eyaculación.
4. Proporcionar información sobre métodos anticonceptivos.
5. Explorar qué dificultades tienen para utilizar los diferentes métodos anticonceptivos.

#### *Actividades*

- Grupales:
  - **Dinámica de grupo:** En base a una serie de tarjetas con frases escritas se trabaja en dos grupos que deciden si lo que dice la tarjeta es «mito o dato». Se aclaran los temas que estén confusos.
  - Partiendo del grupo se va recogiendo lo que sabe del proceso de reproducción humana y el proceso que ha de ocurrir para llegar a que este sea posible. Se trabajará con láminas, dibujos o material gráfico que ayude. En este marco se habla de la menstruación y eyaculación.
  - Se trabaja en grupos con los diferentes métodos anticonceptivos, ventajas, inconvenientes y su correcta utilización. Se recogen también las dificultades que pueden plantearse para utilizar los diferentes métodos.

### 4ª sesión. Infecciones de transmisión sexual.

#### *Objetivos*

1. Reforzar la información y trabajar sobre los mitos relacionados con la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
2. Proporcionar información básica sobre las ITS y las formas de prevención.
3. Trabajar sobre la percepción de riesgo personal y grupal para la transmisión de ITS.

4. Explorar que dificultades tienen para realizar prácticas seguras para la prevención de ITS.
5. Proporciona información sobre recursos de asesoramiento y tratamiento de ITS.

#### *Actividades*

- Grupales
  - En grupo se recoge las ITS que conocen, sus mecanismos de transmisión y de prevención. Cada grupo expone lo que conoce y se aclaran posibles errores.
  - A partir de una serie de prácticas que se le presentan al grupo en tarjetas, identificarán cuáles son prácticas seguras y cuáles no. Se aclaran errores.
  - **Juego de roles:** un o una joven pide asesoramiento o información a otro/a compañero/a respecto a diferentes cuestiones relacionadas con sexualidad, anticoncepción e ITS. Cómo y dónde derivar a los recursos comunitarios que existen.

#### 5ª sesión. Uso del preservativo.

#### *Objetivos*

1. Conocer lo que saben y las dificultades que tienen para usar el preservativo.
2. Trabajar sobre las dificultades que plantea el grupo a nivel de conocimientos, actitudes, habilidades de negociación, disponer de recursos.
3. Identificar los pasos para usar correctamente un preservativo, las dificultades que pueden surgir y la forma de abordar estas dificultades.

#### *Actividades*

- Grupales:
  - **Paso a paso.** Se da una hoja a los menores con las distintas fases de utilización del preservativo y van expresando las dificultades que encuentran en cada fase para utilizarlo. Se plantearán preguntas del tipo: ¿qué harías si se rompe esa cadena?, ¿qué harías si no puedes llegar a utilizarlo?
  - Se proporciona a cada chico o chica un preservativo para que muestre al resto de compañeros cómo se utiliza en un soporte de madera.



- **Juego de rol:** se trabaja la situación en una pareja donde uno de los miembros pone dificultades para utilizar el preservativo. Se trabaja sobre esas dificultades proponiendo alternativas.

## ANEXO II. Cuestionario general

1. Edad
2. País de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Sexo:
  - ☐ Mujer
  - ☐ Hombre
4. Estructura familiar:
  - ☐ Familia nuclear (biparental)
  - ☐ Familia monoparental
  - ☐ Padres separados/divorciados
  - ☐ Familia homoparental
5. Religión:
  - ☐ Católica
  - ☐ Protestante
  - ☐ Ortodoxa
  - ☐ Musulmana
  - ☐ No creyente/ateo
  - ☐ Otros \_\_\_\_\_
6. ¿Qué tipo de experiencias sexuales has llevado a cabo? (Puedes señalar más de una opción)
  - ☐ Ningún tipo de relación
  - ☐ Solo besos
  - ☐ Masturbación o sexo oral
  - ☐ Coito o penetración completa
7. ¿Con qué orientación sexual te sientes más identificado/a?
  - ☐ Heterosexual
  - ☐ Homosexual
  - ☐ Bisexual
8. ¿De qué fuente principal obtienes información sexual cuando la necesitas?
  - ☐ Profesional sanitario
  - ☐ Familiares
  - ☐ Amigos/as
  - ☐ Internet
  - ☐ Otros. Especificar cuál/es: \_\_\_\_\_

### ANEXO III. Escala sobre el Nivel de Conocimiento del VIH y otras ITS (ECI) modificada

A continuación, se presentan diferentes afirmaciones relativas a diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Marca con una X la respuesta que consideras cierta en torno a ellas.

	Verdadero	Falso	No conoce
El sida es causado por un virus llamado VIH			
España es uno de los países europeos más afectados por el sida			
La principal vía de transmisión del VIH en España es través de las relaciones sexuales			
Los animales domésticos pueden transmitir el virus del sida			
Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé			
Las personas seropositivas pueden transmitir el virus del sida aunque no estén enfermas			
El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales y seminales, y la sangre			
El VIH se transmite por el aire			
Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o enfermas de sida			
Lavar la ropa con la de un seropositivo o enfermo de sida implica riesgo de contraer la enfermedad			
Los mosquitos pueden transmitir el virus del sida			
Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringuillas contaminadas			
El VIH afecta al sistema inmunológico humano			
El virus del sida afecta a todas las células del organismo humano			
El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH			

El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar el sida			
Las píldoras anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales			
El preservativo es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH			
El preservativo femenino es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la transmisión del virus del sida			
Dar un beso húmedo a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH			
Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión del VIH			
Practicar el coito haciendo la «marcha atrás» es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH			
La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre			
Es posible saber si hay infección por el VIH al día siguiente de una práctica de riesgo			
Los tratamientos médicos actuales pueden reducir la cantidad de VIH en el organismo			
Actualmente existe una vacuna contra la infección del VIH			
Las infecciones y enfermedades que aparecen debido al debilitamiento del sistema inmune por la acción del VIH se llaman «enfermedades oportunistas»			
La gonorrea y la clamidia son dos enfermedades de transmisión sexual comunes			
Cuando un chico/a tiene gonorrea o gonococia no es necesario tratar a la pareja			
La gonorrea o gonococia puede pasar sin síntomas en la mujer			

La gonorrea o gonococia se curan solas en la mayoría de los casos			
La sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida			
La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata precozmente			
El contagio de la sífilis actualmente es muy difícil			
El contagio por herpes genital solo da síntomas en dicha zona			
No es conveniente mantener relaciones sexuales si se tiene una infección por herpes genital			
Una vez curado y tratado el herpes genital, no hay peligro de nuevos contagios			
El uso de cremas espermicidas durante las relaciones sexuales evita el contagio por clamidias			
Las vías de transmisión de la hepatitis B no son bien conocidas			
La hepatitis B nunca deja secuelas			

#### ANEXO IV. Escala de Índice de Conductas Sexuales de Riesgo (ICSR)

Contesta a las siguientes preguntas marcando con una X la casilla correspondiente.

Recuerda que este cuestionario es totalmente anónimo.

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?

- ☐ Sí
- ☐ No

\*Si la respuesta es sí, continua respondiendo al cuestionario.

\*Si la respuesta es no, pasa al siguiente cuestionario

2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

- ☐ Menor de 13 años (1 pto.)
- ☐ 13-15 años (1 pto.)
- ☐ 16-19 años (0 ptos.)
- ☐ Mayor de 19 años (0 ptos.)

3. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

- ☐ 0 (0 ptos.)
- ☐ 1 (0 ptos.)
- ☐ 2-3 (1 pto.)
- ☐ 4-5 (1 pto.)
- ☐ Mayor o igual a 6 (1 pto.)

4. ¿Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales al poco tiempo de conocerlas?

- ☐ 0 (0 ptos.)
- ☐ 1 (1 pto.)
- ☐ 2-3 (1 pto.)
- ☐ 4-5 (1 pto.)
- ☐ Mayor o igual a 6 (1 pto.)

5. ¿Número de parejas con las que NO has utilizado métodos anticonceptivos?

- ☐ 0 (0 ptos.)
- ☐ 1 (1 pto.)
- ☐ 2-3 (1 pto.)
- ☐ 4-5 (1 pto.)

☐ Mayor o igual a 6 (1 pto.)

6. ¿Con qué frecuencia utilizas métodos anticonceptivos?

- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

7. ¿Has tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol?

- ☐ Sí (1 pto.)
- ☐ No (0 ptos.)

8. ¿Te has realizado alguna vez una prueba de embarazo?

- ☐ Sí (1 pto.)
- ☐ No (0 ptos.)

9. ¿Te has realizado alguna vez una prueba de ITS (Infección de transmisión sexual)?

- ☐ Si (1 pto.)
- ☐ No (0 ptos.)

Señala la opción o las opciones que usted considere: (*escoja una o más opciones*).

10. ¿Por qué motivo decidiste tener tu primera relación sexual?

- ☐ Estaba listo/a
- ☐ Fue algo inesperado
- ☐ Mi pareja me convenció
- ☐ Por mis amigo/as
- ☐ Otro

11. ¿Cuál es la principal razón por la cual tú o tu pareja NO utilizáis siempre algún método para proteger de un embarazo no planeado o una infección?

- ☐ Método natural
- ☐ Vergüenza para comprarlos
- ☐ Mi pareja no quiere
- ☐ Quita placer
- ☐ Otro

## ANEXO V. Escala de percepción del riesgo

De las situaciones que se exponen a continuación marca de 0 a 10 (0 ningún riesgo, 10 mucho riesgo) el riesgo que supone para adquirir infecciones de transmisión sexual:

<b>Tener relaciones sexuales bajo el efecto de drogas o alcohol</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Tener relaciones sexuales con una pareja nueva en el último año</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Tener más de tres parejas sexuales en los últimos dos años</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Tener relaciones sexuales con parejas con ITS</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>El tipo de relación sexual: anal, vaginal, oral</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Realizar intercambio de sexo por dinero</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Tener antecedentes de infecciones de transmisión sexual</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Haber realizado en alguna ocasión una interrupción voluntaria del embarazo</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Haber tomado anticoncepción oral en último año</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Tener tatuajes o piercings</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Haber realizado transfusiones de sangre</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



## ANEXO VI. Escala de actitudes y conocimientos hacia los métodos anticonceptivos

Indica, en las siguientes situaciones, tu grado de acuerdo:

*1- totalmente de acuerdo; 2- Bastante de acuerdo; 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo;*

*4- Bastante en desacuerdo; 5- Totalmente en desacuerdo*

La primera vez que una chica hace el acto sexual con penetración no puede quedarse embarazada porque es virgen	1	2	3	4	5
Si una chica hace el acto sexual con penetración y no llega al orgasmo no puede quedarse embarazada	1	2	3	4	5
La mejor forma de evitar enfermedades de transmisión sexual es usar preservativos en toda la relación con penetración	1	2	3	4	5
La marcha atrás es un método muy eficaz para evitar el embarazo	1	2	3	4	5
El preservativo es seguro si se coloca inmediatamente antes de correrse	1	2	3	4	5
Haciendo el amor en algunas posturas se evita la posibilidad de embarazo	1	2	3	4	5
Haciendo el amor en algunas posturas se evita la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual	1	2	3	4	5
Si mis padres me pillaran con preservativos se enfadarían mucho conmigo	1	2	3	4	5
Lo más importante en las relaciones sexuales es la penetración	1	2	3	4	5
Utilizar preservativos permite tener unas relaciones sexuales más seguras y placenteras	1	2	3	4	5
Usar preservativos es un rollo porque se siente menos	1	2	3	4	5
Las relaciones sexuales programadas y planificadas pierden su valor al no ser espontaneas	1	2	3	4	5
Las chicas que usan métodos anticonceptivos son “fáciles”	1	2	3	4	5
Los métodos anticonceptivos son difíciles de conseguir por los jóvenes	1	2	3	4	5
Los métodos anticonceptivos pueden causar problemas en el hombre o la mujer que los use	1	2	3	4	5
Si mi pareja y yo estamos excitados/as y apunto de hacer el amor, me da corte decirle que utilicemos preservativo	1	2	3	4	5
Es importante usar métodos anticonceptivos en cualquier tipo de relación sexual	1	2	3	4	5

## ANEXO VII. Evaluación de las sesiones.

Número de sesión: \_\_\_\_\_

Por favor, evalúa las cuestiones que se proponen a continuación en relación a la sesión impartida. Teniendo en cuenta que el 1 representa “Muy en desacuerdo” y el 5 representa “Muy de acuerdo”:

La duración de la sesión me parece adecuada	1	2	3	4	5
La estructura de los contenidos de la sesión resulta adecuada	1	2	3	4	5
Los contenidos tratados en la sesión resultan de interés	1	2	3	4	5
Los contenidos impartidos han aumentado mis conocimientos acerca del tema tratado	1	2	3	4	5
El monitor/la monitora ha captado mi interés por el tema	1	2	3	4	5
La participación del grupo ha sido adecuada	1	2	3	4	5
El ambiente de grupo me ha animado a participar durante la sesión	1	2	3	4	5
Me ha resultado fácil seguir la sesión	1	2	3	4	5

### Sugerencias:

---

---

---

---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Hoja de Información

Se está realizando un estudio para evaluar la eficacia de una intervención educativa con alumnos de Bachillerato en la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo en esta población.

La participación de su hijo/a en dicho estudio consistirá en:

- Asistir a cinco sesiones educativas. Las sesiones tendrán una duración de unos 75 minutos desarrollándose con una periodicidad semanal en las que se abordarán temas relativos a la sexualidad como son las enfermedades de transmisión sexual, uso de métodos anticonceptivos y el riesgo sexual.
- Contestar determinados cuestionarios relacionados con los temas a tratar antes de la primera sesión y 9 meses después, tras finalizar la intervención.

Debe saber que la participación en el estudio no supone ningún riesgo para la salud de su hijo/a, así como un rechazo a la participación no implicará ningún perjuicio para él/ella.

Es importante recordar que la participación en el estudio es voluntaria, por lo que si en cualquier momento del mismo decide retirarse esto no supondrá ningún problema ni alteración en el desarrollo del curso académico de su hijo/a, así como en la relación con sus docentes.

Los datos se tratarán de manera anónima y confidencial, tratándose como un conjunto y no de manera individual.

Cabe recordar que la participación en el estudio no supone ninguna compensación económica a los participantes.

Ante cualquier duda acerca del estudio podrá ponerse en contacto con el investigador principal mediante un contacto que se le facilitará.

*Efectividad de una intervención educativa realizada en alumnos de Bachillerato sobre la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo.*

Yo \_\_\_\_\_, madre/pare/tutor legal de \_\_\_\_\_, confirmo que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.

- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria.
- Comprendo que los datos de mi hijo/a serán confidenciales y que serán tratados tal y como indica el Comité de Ética de la Investigación.
- Comprendo que puedo retirar a mi hijo/a del estudio:
  - Cuando quiera.
  - Sin tener que dar explicaciones.
  - Sin que esto repercuta en su desarrollo académico o en cualquier aspecto de la relación docente.

Doy mi conformidad para que mi hijo/a participe en este estudio **SÍ / NO.**

**En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.**

**Firma del tutor legal del participante:**

**Firma del equipo investigador:**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Hoja de Información

Se está realizando un estudio para evaluar la eficacia de una intervención educativa con alumnos de Bachillerato en la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo en esta población.

La participación de su hijo/a en dicho estudio consistirá en:

- Contestar determinados cuestionarios relacionados con temas relativos a la sexualidad como son: uso de métodos anticonceptivos, riesgos sexuales y enfermedades de transmisión sexual. Se realizarán los cuestionarios al inicio y al final del curso académico.

Debe saber que la participación en el estudio no supone ningún riesgo para la salud de su hijo/a, así como un rechazo a la participación no implicará ningún perjuicio para él/ella.

Es importante recordar que la participación en el estudio es voluntaria, por lo que si en cualquier momento del mismo decide retirarse esto no supondrá ningún problema ni alteración en el desarrollo del curso académico de su hijo/a, así como en la relación con sus docentes.

Los datos se tratarán de manera anónima y confidencial, tratándose como un conjunto y no de manera individual.

Cabe recordar que la participación en el estudio no supone ninguna compensación económica a los participantes.

Ante cualquier duda acerca del estudio podrá ponerse en contacto con el investigador principal mediante un contacto que se le facilitará.

*Efectividad de una intervención educativa realizada en alumnos de Bachillerato sobre la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo.*

Yo \_\_\_\_\_, madre/pare/tutor legal de \_\_\_\_\_, confirmo que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

- Comprendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria.
- Comprendo que los datos de mi hijo/a serán confidenciales y que serán tratados tal y como indica el Comité de Ética de la Investigación.
- Comprendo que puedo retirar a mi hijo/a del estudio:
  - Cuando quiera.
  - Sin tener que dar explicaciones.
  - Sin que esto repercuta en su desarrollo académico o en cualquier aspecto de la relación docente.

Doy mi conformidad para que mi hijo/a participe en este estudio **SÍ / NO**.

**En** \_\_\_\_\_, **a** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_.

**Firma del tutor legal del participante:**

**Firma del equipo investigador:**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Hoja de Información

Se está realizando un estudio para evaluar la eficacia de una determinada intervención educativa con alumnos de Bachillerato en la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo en esta población.

Tu participación en dicho estudio consistirá en:

- Asistir a cinco sesiones educativas. Las sesiones tendrán una duración de unos 75 minutos desarrollándose con una periodicidad semanal en las que se tratarán temas relacionados con la sexualidad (anticoncepción, riesgos sexuales, enfermedades de transmisión sexual...).
- Contestar determinados cuestionarios relacionados con los temas a tratar antes de la primera sesión y 9 meses después, tras finalizar la intervención.

Debes saber que la participación en el estudio no supone ningún riesgo para tu salud, así como un rechazo a la participación no implicará ningún perjuicio para ti.

Es importante recordar que la participación en el estudio es voluntaria, por lo que si en cualquier momento del mismo decides retirarte esto no supondrá ningún problema ni alteración en el desarrollo de tu curso académico, así como en la relación con tus docentes.

Los datos se tratarán de manera anónima y confidencial, tratándose como un conjunto y no de manera individual.

Cabe recordar que la participación en el estudio no supone ninguna compensación económica a los participantes.

Ante cualquier duda acerca del estudio puedes ponerte en contacto con el investigador principal mediante un contacto que se te facilitará.

*Efectividad de una intervención educativa realizada en alumnos de Bachillerato sobre la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo.*

Yo \_\_\_\_\_, confirmo que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que mis datos serán confidenciales y que serán tratados tal y como indica el Comité de Ética de la Investigación.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - Cuando quiera.
  - Sin tener que dar explicaciones.
  - Sin que esto repercuta en mi desarrollo académico o en cualquier aspecto de la relación docente.

Doy mi conformidad para participar en este estudio **SÍ / NO**.

**En** \_\_\_\_\_, **a** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_.

**Firma del participante:**

**Firma del equipo investigador:**



## ANEXO XI. Consentimiento informado para alumnos del grupo control.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Hoja de Información

Se está realizando un estudio para evaluar la eficacia de una determinada intervención educativa con alumnos de Bachillerato en la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo en esta población.

Tu participación en dicho estudio consistirá en:

- Contestar determinados cuestionarios relacionados con temas relativos a la sexualidad (anticoncepción, riesgos sexuales, enfermedades de transmisión sexual) al inicio y al final del curso académico.

Debes saber que la participación en el estudio no supone ningún riesgo para tu salud, así como un rechazo a la participación no implicará ningún perjuicio para ti.

Es importante recordar que la participación en el estudio es voluntaria, por lo que si en cualquier momento del mismo decides retirarte esto no supondrá ningún problema ni alteración en el desarrollo de tu curso académico, así como en la relación con tus docentes.

Los datos se tratarán de manera anónima y confidencial, tratándose como un conjunto y no de manera individual.

Cabe recordar que la participación en el estudio no supone ninguna compensación económica a los participantes.

Ante cualquier duda acerca del estudio puedes ponerte en contacto con el investigador principal mediante un contacto que se te facilitará.

*Efectividad de una intervención educativa realizada en alumnos de Bachillerato sobre la disminución de los comportamientos sexuales de riesgo.*

Yo \_\_\_\_\_, confirmo que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que mis datos serán confidenciales y que serán tratados tal y como indica el Comité de Ética de la Investigación.

- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - Cuando quiera.
  - Sin tener que dar explicaciones.
  - Sin que esto repercuta en mi desarrollo académico o en cualquier aspecto de la relación docente.

Doy mi conformidad para participar en este estudio **SÍ / NO**.

**En** \_\_\_\_\_, **a** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_.

**Firma del participante:**

**Firma del equipo investigador:**